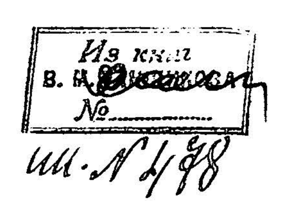
ВОПРОСЫ
ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПСИХОАНАЛИЗА

Проф. О. БУМКЕ Проф. П. ШИЛЬДЕР

СОВРЕМЕННОЕ УЧЕНИЕ О НЕВРОЗАХ

Перевод с немецкого
д-ра Я. М. КОГАНА

С предисловием проф. Е. А. ШЕВАЛЕВА







ОДЕССА — 1928

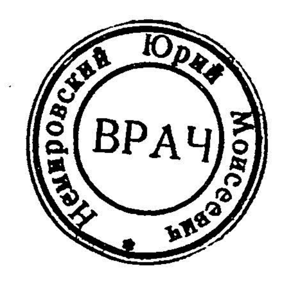
Окрліт (Одеса) № 141.

* * *

Друк. кол. безроб. друк.
* * „ПОЛІГРАФ“ * *
Леніна, № 31. Тел. 18-80.
Зам № 1161. Тираж 750.

* * *

ВИДАННЯ ПЕРЕКЛАДАЧА.



ПРЕДИСЛОВИЕ

Вопрос о неврозах является очень старым и вместе с тем вечно новым вопросом психиатрии и невропатологии.

Неудовлетворительность сборных, часто весьма расплывчатых форм, на которые обычно принято делить неврозы, отсутствие в этой области четкой классификации уже давно сознается не только среди специалистов-психиатров и невропатологов, но и в широких кругах врачей других специальностей, имеющих в своей повседневной практической работе весьма частое общение с разного рода невротиками. Да и само понятие „невроз“ при более внимательном и углубленном его рассмотрении в настоящее время представляется во многих отношениях еще недостаточно отчетливым, несмотря на все то внимание, какое уделяется учению о неврозах современной психоневрологией.

В условиях практической жизни такое положение вещей часто служит источником целого ряда весьма нежелательных явлений. Так мы знаем, как широко и распространенно пользуются обычно на-

именованиями „неврастения“, „истерия“, „истероневрастения“ и проч. во всех тех случаях, где не удается найти каких-либо органических изменений.

Создалось весьма пагубное и часто чреватое тяжелыми последствиями обыкновение всякого обращающегося к врачу с жалобами или за советом не отпускать без диагноза. Так как в случаях неопределенного характера поставить диагноз с первого раза часто представляется затруднительным, то тут как нельзя более кстати приходит на помощь название того или иного невроза. С этим ярлыком и, что особенно важно, с сознанием того, что он болен определенным неврозом, пациент возвращается в жизнь, получив таким образом от врача, кроме того или иного лечебного назначения, еще как бы диплом на звание невротика, часто совершенно незаслуженный.

Но и оставляя в стороне эти примеры из повседневной врачебной практики, связанные с недостаточной четкостью в определении отдельных невротических форм, необходимо указать, что в вопросе об об‘еме самого понятия „невроз“ и о границах между отдельными неврозами даже среди самих специалистов не существует единого мнения. Стоит вспомнить в этом отношении всем известные разноречия в определении сущности истерии и механизма истерических расстройств во взглядах наиболее крупных авторитетов в этой области: Шарко, Бабинского, Жане, психоаналитиков во главе с Фрейдом, Адлера и др.

Мировая война, породив различные формы неврозов военного времени, дав нам небывалый материал в смысле многообразия форм воздействия травматизирующих моментов на нервно-психическую сферу человека, не только не облегчила нашего понимания сущности невроза, но еще больше усложнила всю эту проблему.

Достаточно указать на то, какие разноречивые мнения возникли как во французской, так особенно в немецкой медицинской прессе, а также и у нас, по поводу определения сущности травматического невроза, установления его симптоматологии и отделения его от органических заболеваний нервной системы. В этих спорах приняли участие самые крупные современные невропатологи и психиатры, как Оппенгейм, Нонне, Гаупп, Сарбо и многие др.

Проблема о сущности травматического невроза со времени мировой войны, несмотря на громадную литературу по этому вопросу, еще не может считаться окончательно выясненной.

К числу несомненно крупных явлений в области учения о неврозах необходимо отнести недавно появившуюся работу Кречмера об истерии [1]), которая внесла очень много нового в понимание этого болезненного состояния. Здесь уже вполне определенно развивается мысль, высказанная в свое

---

[1]) Ernst Kretschmer. Ueber Hysterie. 1923. Русск. перевод д-ра Чистовича. Изд. „Практ. Мед.", Ленинград, 1924.

время Гохе, о том, что истерия есть лишь форма реакции, и тем самым в значительной мере нарушается традиционное представление об истерии, как об отдельной болезненной форме.

Из всего вышеизложенного должно, как нам кажется, стать вполне ясным, что вопрос о неврозах, являясь одним из наиболее актуальных в современной психоневрологии, не имеет, однако, единого, общего для всех разрешения.

Учитывая как теоретическую, так и практическую важность этой проблемы, мы и позволяем себе представить русским читателям нижеприводимые статьи, выражающие собой взгляды двух известных немецких психиатров.

Первая статья принадлежит перу профессора Бумке[1]), преемника Крепелина по Мюнхенской клинике, имя которого хорошо известно в психиатрических кругах как заграницей, так и у нас. Со свойственной ему прямолинейностью, оригинальностью и часто небольшой долей сарказма, профессор Бумке приводит исторический обзор учения о нев-

---

[1]) Из работ проф. Бумке необходимо указать на следующие: Ueber die körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge (1909), Die Diagnose der Geisteskrankheiten (1919), Das Unterbewusstsein (1922), Psychologische Vorlesungen (1923), Lehrbuch der Geisteskrankheiten (1924). В русском переводе имеются кни.и: O. Bumke. Обычные заблуждения в суждениях о душевно-больных. Книгоизд. „Наука", Москва 1913 и О. Бумке. Культура и вырождение. Изд. Сабашниковых, Москва 1926.

розах. Само понятие „невроз“ его совершенно не удовлетворяет. „В настоящее время“ — говорит он — „мы, конечно, не создали бы уже этого термина (невроз), если бы он издавна не был введен в употребление“. „Психоневрозов — говорит он далее — давно уже не существует. Они растворились в нервных реакциях и конституциях, в психопатиях и в функциональных психозах. Некогда существовала болезнь—истерия, подобно ипохондрии и неврастении. Они исчезли; место нозологической единицы занял синдром, место клинической систематики занял структурный анализ, который пытается построить каждую картину болезни из унаследованных и благоприобретенных причин, предрасположения, физических и психических поводов“. Это—по мнению Бумке—заманчиво, но не легко. Таким образом, в результате обзора существующих теорий Бумке приходит к отрицанию неврозов, как обособленных болезненных форм, считая, что в этой области первоначальные чисто нозологические понятия должны замениться представлениями об определенных типах реакций.

Переходя к вопросу о сущности невротических расстройств, Бумке решительно осуждает столь обычные в настоящее время ссылки на предполагаемые изменения со стороны вегетативной нервной системы и желез внутренней секреции. „В настоящее время—говорит он—каждый, касаясь вопроса о взаимоотношении между физическими и психическими симптомами при неврозах, думает о химических

процессах в организме, о симпатико-и ваготонии, об эндокринных аномалиях. Но мы думаем и говорим больше того, чем мы на самом деле знаем об этом, и так как мы имеем пристрастие к крылатым словечкам, то я позволю себе сделать одно предложение. Гёте посоветовал однажды немцам воздержаться впродолжении 30 лет от употребления слова „Gemüt". Не может ли неврология и психиатрия выполнить аналогичное требование в отношении обозначений „внутренняя секреция" и „аномалии обмена веществ" до тех пор, пока физиологическая химия не даст нам возможности заменить слова фактами?".

Вторая из нижеприводимых статей принадлежит перу профессора Шильдера[1]), сравнительно мало известного среди русских врачей, но зарекомендовавшего себя в Германии целым рядом интересных и весьма оригинальных работ. Шильдер—психоаналитик, однако, придерживаясь основных принципов психоанализа, он в целом ряде вопросов остается вполне оригинальным, сохраняя свою самобытность.

---

[1]) Из работ проф. Шильдера необходимо указать на следующие: Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein (1914), Wahn und Erkenntnis (1918), Seele und Leben (1923), Medizinische Psychologie (1924), Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage (1925). В русском переводе имеется небольшая работа Шильдера: Сущность гипноза. Изд. Психоневролог. Академии, Ленинград. 1926. П. Шильдер и О. Каудерс. Гипноз. Госиздат. 1927. П. Шильдер. Очерк психиатрии на психоаналитической основе. Изд. „Вопросы теории и практики психоанализа", Одесса, 1928.

Автор в согласии с психоаналитической школой подразделяет все неврозы на актуальные неврозы и психоневрозы.

„При актуальных неврозах на первый план выступает конфликт, существующий в настоящее время, при психоневрозах актуальный конфликт будит переживания юности, оживляет фиксационные пункты либидо. Старый конфликт вновь оживает. В этих старых детских конфликтах сказывается также и конституция, особенно сексуальная конституция“. Актуальными неврозами являются военные неврозы, травматические неврозы мирного времени, неврастения, ипохондрия, неврозы страха. Психоневрозами являются истерия и невроз навязчивости.

Исходя из такой классификации, автор подробно останавливается на анализе психических и физических причин неврозов (поскольку последнее возможно при настоящем уровне наших знаний), разбирает психические механизмы и структуру неврозов, пытается установить „об'ем невротического“ и физические стороны невротического механизма.

Мы умышленно остановили свое внимание на этих двух статьях наиболее видных немецких психиатров, принадлежащих к совершенно различным направлениям в психиатрии, чтобы на примере этих двух представителей современной медицинской мысли подчеркнуть все то основное в учении о неврозах, что сейчас больше всего привлекает внимание ученого мира.

Нам кажется, что статьи эти будут с интересом прочтены русскими врачами, для которых вопрос о неврозах является практически важным, особенно в настоящее время, когда в результате мировой и гражданской войны и вообще всего пережитого за последние годы, число так называемых „функциональных заболеваний" нервной системы значительно возросло.

Профессор Е. Шевалев



Проф. ОСВАЛЬД БУМКЕ

Проверка учения о неврозах

Первой предпосылкой для понимания интересующей нас проблемы должна быть определенная ясность относительно того, что обозначало слово „невроз" раньше и что оно обозначает в настоящее время. Никто из нас не захочет установить дальнейший ход исследования большинством голосов и единственно на что мы можем надеяться — это на получение из существующего до настоящего времени исторического развития выводов относительно направления, которое примет, как мы можем предполагать, учение о неврозах в будущем.

Слово „невроз" было впервые употреблено в конце 18-го столетия шотландцем Кулленом. Оно сначала не имело никакого строго ограниченного смысла. Оно применялось для обозначения всевозможных нервных заболеваний и даже большинства неврологических симптомов, причем вопрос о патологической анатомии, о физической или психической обусловленности вообще не подымался. Мориц Генрих Ромберг (в 1840 и 1846 г.) просто

называл все заболевания периферических нервов, спинного и головного мозга неврозами двигательной и чувствительной сферы, так что под это обозначение подпали не только все формы (периферического, спинального и церебрального) паралича, но также и табес и прогрессивный паралич.

Однако, уже во времена Ромберга понятие о неврозах было сужено благодаря тому, что некоторые врачи понимали под этим названием только рефлекторные неврозы. Мы знаем об этих рефлекторных неврозах еще из некоторых уступок, которые были сделаны в этом отношении Оппенгеймом в трактовке военных неврозов, но в общем, если не принимать во внимание детских рассуждений Босси, мы имеем в настоящее время в рефлекторной эпилепсии один единственный, весьма невинный и мало жизненный отпрыск этого понятия. Что считалось возможным в этом отношении 50 лет тому назад, то кажется в настоящее время весьма сомнительным. Подобно тому как некогда Гиппократ, многие авторы приводили неоднократно истерию в связь с половыми органами, однако на этот раз М. Галль и Ч. Белль пытались одеть эту связь в модную тогда тогу учения о рефлексах. Я сам видел еще в Фрейбурге многих женщин, которым Альфред Хегар, следуя этому учению, удалил яичники.

Разумеется, рефлекторным неврозам затем не повезло. Но не успели еще похоронить их, как слово „невроз“ получило новое содержание. По-

добно тому как во всех областях медицины, начиная со времени Вирхова, так и в нашей специальности со второй половины прошедшего столетия старались найти патолого-анатомическую основу каждого заболевания, и так как это удавалось, разумеется, не во всех случаях, то возникла потребность в таком слове, которое соответствовало бы пробелам в неврологических ландкартах, „функциональным" заболеваниям. Приблизительно с семидесятых годов неврозами назывались нервные расстройства с еще неизвестной патологической анатомией.

Как известно, наша неосведомленность в этом отношении была тогда еще очень велика. Еще в изложении нервных болезней Эрба (в руководстве Цимссена, относящемся к 1874 году) 520 страниц посвящено одним только неврозам периферических нервов и лишь 33 страницы их анатомическим заболеваниям. Кроме того, в этой же работе к неврозам отнесены не только истерия и некоторые вазомоторно-трофические расстройства, но и эпилепсия, тетания, каталепсия, дрожание, дрожательный паралич и хорея. Между тем большое число этих страданий перешло, конечно, в область органических заболеваний, и каждому из нас ясно, что мы должны изучить еще многое относительно физических основ эпилепсии, например, дрожательного паралича и различных форм хореи. Но не существует ли еще неврозов в совершенно ином смысле? Как обстоит дело с психоневрозами?

Хотя мы и не можем разрешить эту проблему, однако мы должны уяснить ее себе. Она двулика подобно Янусу: одной стороной она обращена к патологической анатомии, другой стороной — к психологии.

Эрб выяснил в 1874 году, что обе группы нервных заболеваний (органические и функциональные) многообразно переплетаются друг с другом и переходят друг в друга без резких границ, и что будущее приведет нас к слиянию этих групп, т. е. что в качестве основы функциональных расстройств будут изучены определенные, хотя и очень тонкие анатомические изменения. Это напоминает о некоторых формулировках, которые были даны во время войны Оппенгеймом его учению о травматических неврозах; но вместе с тем это напоминает также и о некоторых попытках, относящихся еще к последнему времени, свести также и психоневрозы к ясно заметным анатомическим соотношениям.

Однако, наряду с этим в значительной мере проложило себе дорогу психологическое рассмотрение этих неврозов. Еще у Сюденгема, в конце 18 столетия, встречаются указания такого рода. Более точно и более систематически подчеркнул психическую обусловленность некоторых нервных расстройств Брике (1859), взгляды которого были переняты и дальше развиты во второй половине предыдущего столетия Шарко, Жане, Льебо, Бернгеймом и Форелем, Гассе, Либер-

мейстером, Штрюмпелем, Мёбиусом, Вестфалем и Бинсвангером. Точно также и Оппенгейм, который большинству из нас казался до войны крайним поборником чисто соматологической точки зрения, высказал в 1889 году взгляд, согласно которому причиной травматического невроза является в первую очередь испуг, душевное потрясение. Он говорил: „Таким образом ушиб влечет непосредственно за собой болезненное состояние, которое не имело бы, однако, никакого существенного значения, если бы болезненно измененная психика не создавала в своей ненормальной реакции на эти физические недомогания длительной болезни."

Однако, тут получается нечто удивительное. Этот же самый автор думал об этой же самой болезни во время войны, что „механический инсульт, возникающий при пролетании снаряда, вызывает органические изменения в нервном аппарате, даже если он ие причиняет ушиба", и что при ранениях периферических нервов „сенсибельное раздражение проникает в мозг, как волна, приносящая с собой потрясение, и вызывает там те изменения," которые находят свое выражение в общих нервозных симптомах. Разумеется, в дальнейшем ходе войны Оппенгейм неоднократными изменениями ослабил категоричность своего утверждения и, в конце-концов, говорил о молекулярных изменениях, о непроходимости путей, о разрыве связей, о диасхизисе,

коротко говоря о всевозможных процессах, которые хотя и ускользают от глаз микроскописта и не представляют собой окончательного разрушения какого-либо нервного образования, однако создают, во всяком случае, препятствия в проходящих путях как для моторных импульсов, так и для сенсибельных. Наряду с этим он принял во внимание для об'яснения некоторых картин болезни еще и душевное потрясение, эмоциональные движения и представления, связанные с ожиданием. Однако, решающий момент заключается в следующем: он никогда не приходил к сознанию того, что нельзя сводить одно и то же состояние к приобретенным органическим изменениям и одновременно с этим выводить их из (первоначально нормальных) психологических предпосылок. Это можно понять лишь с исторической точки зрения. В юности Оппенгейма всегда и везде говорили о мозге, когда имели в виду душу невротика, и выводили (как, например, Говерс) церебральные функции из равновесия, если больной чувствовал себя внутренне или внешне неуверенным. Это был просто язык времени, но это был вместе с тем тот единственный флаг, под которым в то время могли быть контрабандой проведены психологические взгляды в медицинских статьях.

В общем психологическая структура многих неврозов была во второй половине семидесятых годов настолько уже, казалось, обеспечена, что спорили собственно уже не о ней, а лишь о том, кто

лучше понял сущность истерии, парижская ли школа Шарко или нансийская школа Бернгейма. Тогда выступил на первый план в 1880 году Берд со своей неврастенией. Соматологическая точка зрения сразу получила опять господство; в истории медицины мы не знаем другого такого случая, когда одно только слово имело бы такое огромное научное влияние и вызвало бы видимость столь многих новых заболеваний. В действительности, разумеется, и на этот раз никакие болезни не возникали, но только затруднения, испытываемые людьми в условиях торопливого темпа жизни, были таким образом приведены к краткой клинической формуле. Эти заболевания существовали всегда, на них смотрели лишь другими глазами. Все же Монаков правильно распознал причину того, почему все люди хотели быть неврастениками: в данном случае суб'ективные нервные жалобы об'яснялись об'ективным физическим расстройством и, таким образом, ускользали от всякого морального рассмотрения. Это, несомненно, было воспринято многими больными как существенное освобождение от бремени. Выходило так, как будто этим расстройствам можно было порадоваться. С другой стороны, существовала другая форма пропаганды в виде глупых лозунгов, которых мы не должны простить авторам их: „Неврастеники — соль земли“ и „Только неврастеники могут создать что-нибудь ценное“.

Неврастения Берда, которая являлась в сущности соматически обусловленной, раздражительной

слабостью центральной нервной системы, поглотила на некоторое время все, что было до того времени известно относительно функциональных нервных расстройств. Но что хуже всего, утверждение будто единственную причину этой якобы новой болезни следует искать в техническом прогрессе, в росте больших городов, в изменении жизненного темпа, в обостренной борьбе за существование — это утверждение на некоторое время похоронило под собой все наши знания, которые начали как раз в то время возникать, относительно конституции и наследственности, относительно психической обусловленности и более тонкой структуры психопатических личностей и, наконец, относительно психотерапии функциональных неврозов. Это было то время, когда Поль Дюбуа мог сказать горькие слова: „Между медициной и ветеринарией существует одна только разница в смысле клиентуры".

Мы знаем, что неврастения в повседневной практике имеет еще и в настоящее время такое же значение, что в нее неоднократно включается не только все нервное в более тесном смысле, но и большинство легко протекающих психозов, как маниакально-депрессивных, так и шизофренических. Но мы не будем говорить здесь об этом. В ходе научного развития маятник вскоре дал отбой. А именно: французские исследователи и с ними Форель, Блейлер и Дюбуа в течение долгого времени защищали психологическое воззрение, и в 1894 году Шарко мог справедливо отметить в предисловии

к книге Жане, что он издавна смотрел на истерию как на душевное по существу расстройство. Теперь Жане создал свою психастению; Шарко и Раймон различали (1907) истерию, ипохондрию и неврастению; Поль Дюбуа хотел заменить гипнотизм и внушение своим методом убеждения; и одновременно с этим психоаналитическое учение Фрейда завоевало значительную часть сначала врачебного, а затем и не-врачебного мира.

Все же за всеми этими психологическими волнами мы находим еще соматологическое течение, и мы должны проследить его также и потому, что оно, в конце-концов, опять всплыло на поверхность в виде современного конституционального течения. Мы видели, что рефлекторные неврозы исчезли; мы нашли на их месте весьма несвязные патетические рассуждения о мозговой и нервной динамике — для последней „раздражительная слабость" была, разумеется, непревзойденным крылатым словечком. Но затем опять в ход пошла гуморальная патология, и вместе с ней на неврологический берег была выброшена очень старая гипотеза: Гиппократ об'яснял истерию пневмой, испарениями, которые подымаются от матки к мозгу. Теперь мы не говорим о пневме и об испарениях; мы говорим о гормонах, выделяемых яичниками и нарушающих нервное равновесие; в конце-концов разница не так уж велика.

На этом мы хотим прежде всего остановиться. Почему не исчезает соматологическая точка зрения

несмотря на все психологические установки? И еще: почему соматологические и психологические воззрения не могут существовать наряду друг с другом? Я полагаю, что они могут существовать наряду друг с другом, но при одном условии: мы должны сделать совершенно определенные предпосылки о сущности функциональных расстройств.

Нниссль в 1902 году категорически восстал против психиатров, которые постоянно утверждали, что хотя патологическая анатомия неврозов еще неизвестна, однако она существует, и которые несмотря на это пытались психологически об'яснить некоторые истерические состояния. В противовес этому сам он с крайней прямолинейностью требовал сопоставления истерии с прогрессивным параличем и просто отбрасывал всякое психологическое об'яснение для всех неврозов. Ниссль был вполне прав с своей точки зрения. Если бы истерия имела патологическую анатомию в смысле прогрессивного паралича, то было бы глупо ломать себе голову над ее психологией. Разумеется: „Если бы!" Не вывод, а предпосылка была неправильна. Прав был Гохе, который в работе о дифференциальном диагнозе между эпилепсией и истерией (в полном согласии с Гауппом) почти непосредственно после доклада Ниссля, четко выразил следующую мысль: истерия не только не имеет еще патологической анатомии в смысле прогрессивного паралича, но она не может иметь ее и поэтому никогда не будет иметь ее.

Здесь понятие о неврозе и вместе с тем и понятие о функциональных заболеваниях получает, наконец, более определенный смысл. Слово „функциальный“ было до сих пор тоже лишь чем-то вроде вопросительного знака. Разумеется, в настоящее время никто не думает о душевных или нервных заболеваниях без физического коррелата[1]). Но мы думаем о чем-то другом: о постепенных отклонениях не столько структуры, сколько функции нервной ткани, о чисто количественных аномалиях, которые обозначают столько же разновидностей здорового физического предрасположения, сколько душевных вариантов нормального психического поведения соответствует им. Вот это мы разумеем под функциональными расстройствами и наличие их мы предполагаем при психоневрозах. Ясно, в чем заключается отличие их от органических болезней; если в мозг внедряется спирохета, если растет опухоль, если мы имеем кровоизлияние или если внешнее насилие разрушает нервную ткань, то во всех этих случаях мы имеем—с психологической (интроспективной) точки зрения—абсолютно бессмысленный процесс; во всех этих случаях изменяются в своей основе естественные

[1]) Я должен заметить при этом, что все приведенные здесь рассуждения совершенно не касаются философской проблемы о теле и душе. Мы не касались бы этой связи между психическими и физическими процессами даже в том случае, если бы мы в каждом отдельном случае знали, что именно соответствует обеим сторонам этой проблемы. Но само это фактическое знание было бы делом медика, все же дальнейшее относилось бы к философии.

материальные условия душевной жизни, и во всех этих случаях дело обстоит так, как если бы ребенок неловкими ручонками копошился в колесиках часового механизма. Конечно, эффект получается совсем иной, чем если бы мы сами изменяли только длину маятника.

Однако, все это относится к функциональным неврозам. Для естественно-научного рассмотрения само собою разумеется, что и за ними следует искать физических изменений, независимо от того, мыслим ли мы их динамически или химически. Но эти изменения отличаются только количественно от тех изменений, которые должны разыгрываться в мозгу и у здорового человека; таким образом, надежды на изучение их невелики. Но если бы даже мы знали их, то этим отнюдь не нарушается наше право и наш долг производить психологический анализ соответствующих им расстройств подобно тому, как после изучения движения световых волн и функции сетчатки необходимо (равно как и до этого) изучение цветов, их смешения и их эстетической ценности. Но все же между обоими случаями имеется отличие. Никто не может запретить нам называть вместо цвета длину волны; подобно этому мы должны не только стремиться к тому, чтобы свести определенные душевные состояния к определенным мозговым процессам, но и к тому, чтобы в научной терминологии заменить их этими мозговыми процессами — я должен опять сказать: если бы,— е с л и б ы мы их знали. Из определенных

изменений легочного звука и дыхательного шума мы делаем вывод об известных нам макроскопических и микроскопических картинах. Если бы мы достигли этого когда-нибудь в отношении неврозов, никому не нужно было бы говорить больше об истерическом характере и о психогенном параличе, и даже разница между спящим и бодрствующим человеком могла бы, может быть, получить свое выражение в физических или химических формулах. Но в действительности мы ничего не знаем обо всем этом, и покуда мы ничего не знаем об этом, наша номенклатура не должна сооружать потемкинских деревень с помощью кулис, заимствованных у биологии. Можем ли мы и должны ли мы поэтому откладывать изучение функциональных расстройств до тех пор, покуда мы не узнаем физического коррелата возбуждения и истощения, гневной раздражительности и страха, навязчивого мышления или сенсориальной чрезмерной возбудимости? Имеем ли мы право говорить о слабости воли и чрезмерной силе воображения, об эмоциональной недостаточности и болезненном честолюбии, о разочарованиях в браке и профессии, покуда мы не знаем физических условий для всех этих явлений? Таким образом, мы должны все же придерживаться психических фактов; точно также и при неврозах мы должны выводить душевное бытие из его собственных предпосылок, изучать его в его собственных формах проявления и описывать его на его собственном языке.

Но из этого не следует, что нам должны быть в течение долгого времени недоступны все физические основы этих заболеваний. Мы видели, что церебральных изменений при них, может быть, никогда не удастся доказать; но тем большего мы можем ожидать от Кречмеровских исследований строений тела и характера также и для этих конституций. При этом мы должны будем, конечно, исключить все те случаи, которые обусловлены повреждением зародыша, а также болезнью, перенесенной во время внутриутробного развития или в раннем детстве — я вспоминаю о некоторых состояниях, явившихся следствием энцефалита у детей. Если для оставшихся случаев, т. е. для неврозов, основанных на унаследованном предрасположении, действительно выяснятся когда-нибудь закономерные соотношения между физическими и психическими особенностями, то, само собою разумеется, мы спросим дальше, что же скрывается за этими соотношениями. В настоящее время каждый думает при этом, конечно, о химических связях, о симпатикотонии и ваготонии, об эндокринных аномалиях. Но мы думаем и говорим больше того, чем на самом деле знаем об этом, и так как мы имеем пристрастие к крылатым словечкам, то я позволю себе сделать одно предложение. Гёте посоветовал однажды немцам воздержаться впродолжении 30 лет от употребления слова „Gemüt". Не может ли неврология и психиатрия выполнить аналогичное требование в отношении обозначений „внутренняя

секреция“ и „аномалии обмена веществ“ до тех пор, покуда физиологическая химия не даст нам возможности заменить слова фактами?

Я говорю: неврология и психиатрия, так как границы между неврозами и психозами в функциональной области давно уже исчезли. Нельзя в основе трактовать нервное или истерическое предрасположение иначе, нежели параноидную или маниакально-депрессивную конституцию. Опыт показывает, что не только симптомы в острых состояниях болезни, но и сами эти предрасположения тесно переплетаются между собой. При научном рассмотрении вовсе нельзя руководиться той точкой зрения, что при одном только нервозном состоянии мы не говорим еще о душевном заболевании в социальном смысле и не можем поместить человека помимо его воли в психиатрическую больницу, не говоря уже о том, что довольно часто оба состояния относятся к разряду маниакально-депрессивных.

Таким образом, я прихожу к важнейшему выводу, к которому клиника пришла путем исторического развития учения о неврозах. То, что относится к соотношению между функциональными неврозами и психозами, относится также и к соотношению между отдельными формами неврозов и психозов. Одним словом, это относится ко всем нервным расстройствам, которые возникают не вследствие грубого нарушения мозга, бывшего до этого здоровым, а на почве унаследованного предрасположения. В функциональной области мы должны

отказаться от установления строго разграниченных форм болезни, **мы должны отказаться раз и навсегда от застывшей системы болезней.**

Почему же при рассмотрении этих заболеваний у нас всегда напрашиваются психологические об'яснения? Потому что они гораздо ближе стоят к здоровой психике, нежели, например, прогрессивный паралич, потому что, образуясь всегда заново при унаследовании, они обозначают всегда просто количественные отклонения от обычного среднего душевного бытия. В некоторых пограничных случаях, относящихся к этой области, бывает так, что уже нельзя решить вопроса: здоров или болен? Мы видим, что даже симптом в его последних и тончайших проявлениях исчезает в психологии здорового человека; и, таким образом, в данном случае фактически существует то, что **не может** (по крайней мере—теоретически) существовать в области органических заболеваний: незаметные переходы в здоровье. Но если дело обстоит таким образом, если все эти конституции и реакции возникают на присущей всем нормальной почве, то ясно, что они не могут также быть резко отграничены друг от друга. В данном случае так же, как и в ботанике и зоологии, мы не можем требовать от природы снисхождения к нашей классификаторской потребности. Во всяком случае природа с ней не считается, и таким, образом, вследствие наличия пересекающихся кругов возникает издавна знакомая

нам из биологии картина: бесконечное разнообразие, которое не поддается подразделению, из которого можно выхватить лишь отдельные типы подобно тому, как и в пределах здоровья некоторые темпераменты используются как типы, как вехи для ориентировки. Но типы всегда обозначают уже абстракцию, арифметическое среднее из многих случаев. Поэтому ни одно функциональное заболевание не равнозначно другому, поэтому каждый психопат имеет свое особое лицо и поэтому то или иное выделение той или иной болезни или конституции является делом произвола. Даже отдельные нервные симптомы не могут быть резко отделены друг от друга и еще меньше могут быть распределены между отдельными болезнями и конституциями.

Некогда существовала болезнь истерия подобно ипохондрии и неврастении. Они исчезли; место нозологической единицы занял синдром, место клинической систематики занял структурный анализ, который пытается построить каждую картину болезни из унаследованных и благоприобретенных причин, из предрасположения и физических и психических поводов. Это заманчиво, но не легко. Уже вопрос о наследственности выглядел 30 лет тому назад гораздо проще. В то время думали либо о полиморфизме — нервность была еще для Мёбиуса матриксом, из которого возникали все эндогенные психозы—либо о прямолинейном перенесении той или иной тен-

денции к заболеванию; в настоящее время мы видим, что всевозможные здоровые и болезненные предрасположения переплетаются друг с другом, и вследствие этого возникает то именно равнообразие конституций, которое делает с самого начала безнадежной всякую попытку застывшей систематики.

Не менее трудно выделить из всей совокупности влияний те причины, которые оказывают свое действие после рождения: среда и переживание, воспитание, превратности судьбы, профессия, брак и т. д.; часто бывает даже так, что не представляется возможным решить, какую роль играет предрасположение и как велико участие благоприобретенных физических или психических вредных моментов. Даже выделение неврастенических реакций вновь стало до некоторой степени проблематичным. Как было сказано, неврастения должна быть основана на истощении, и соответственно этому мы в настоящее время говорим о неврастеническом синдроме лишь в том случае, где можно доказать наличие привходящих извне причин, оказывающих влияние на физическое состояние организма. Конечно, всегда еще остается до некоторой степени возможным четкое выделение обусловленных таким путем картин болезни — например, после тифа или инфлуэнцы. Но даже в этом случае мы не можем обойти вопроса о предрасположении, так как не каждый реагирует на одну и ту же инфекцию одними и теми же нерв-

ными симптомами в одинаковой мере. Это относится ко всем без исключения случаям: если у человека, сидящего в окопах, появляется симптом дрожания тела, если он, занимаясь врачебной деятельностью, начинает впрыскивать себе морфий, если при определенных условиях он становится алкоголиком или самоубийцей, то причины этого следует искать прежде всего во внешних условиях. Однако, простое соображение, что многие люди в этих же самых условиях веду себя иначе, т. е. обнаруживают более здоровую реакцию, опять вынуждает нас и в данном случае к предположению о конституциональном моменте.

Совершенно ясно, что соотношение сил между конституцией и благоприобретенными причинами в каждом отдельном случае различно; столь же ясно, что мы должны искать благоприобретенные вредные моменты не только в психической области, но и в физической. Психогенные симптомы издавна наблюдались — разумеется, ceteris paribus — гораздо чаще при алкоголизме, например, при прогрессивном параличе, при опухоли мозга, в климактерическом периоде и при старческом слабоумии, после отравления углеродом, попытки самоповешения, тифа и т. д., нежели у людей с неослабленным физическим здоровьем. Точно также и во время войны предрасположение к появлению нервных симптомов было повышено не только вследствие психических вредных моментов, но и физических факторов, как-то: постоянно ухудшающегося питания, наруше-

ния сна, последствий перенесенных инфекций. При этом ни врожденное, ни благоприобретенное предрасположение не должно поражать весь организм в целом. Мы видим, что нервные расстройства всякого рода — я вспоминаю о психогенной слепоте и глухоте, об афонии и заикании, о недержании мочи, о неврозах сердца и желудка — возникают у здоровых в остальном людей в таких органах, которые либо были слабы от рождения, либо же были ослаблены в течение жизни.

Как известно, происхождение нервного симптома не во всех случаях одинаково. Иногда внимание больного направляется вследствие физических расстройств на ослабленный орган и вследствие этого наступает психогенная переоценка первоначальных соматических расстройств или подражание им в дальнейшем. Или больные утрачивают беспристрастное отношение к своему организму, которое особенно необходимо для нахождения утраченной однажды иннервации, для устранения судороги, для подавления нервного кашля и т. д. Или происходит то, что Кречмер называет произвольным усилением рефлексов. Или же происходит обратное, а именно: автоматические процессы приобретают самостоятельность вследствие утраты нормальной психической регуляции. В общем я считаю, что надежды на получение ясных и четких представлений о границах физического и психического бытия невелики, так как мы не знаем ничего определенного даже об осуществлении простейшего произвольного

движения у здорового человека. Разумеется, в органической, чисто физической области при об‘яснении, например, апраксии или так называемых стриарных симптомов дело обстоит совсем иначе; но что происходит в моем мозгу, когда я хочу поднять правую руку и она затем действительно подымается вверх? Мне говорят: пирамидные клетки. Конечно, но каким образом? Решению и его превращению в действие должен соответствовать какой-нибудь физиологический процесс. Об этом мы ничего не знаем, а это именно те процессы, которые, как мы должны думать, изменяются при истерических расстройствах движения, независимо от того, заключаются ли они в гиперкинезиях или акинезиях.

С тем большей настойчивостью всегда будет напрашиваться психологический вопрос, как человек приходит к использованию определенных механизмов, которые предуготованы у него, у многих или у всех людей. Прошли те времена, когда успокаивались на диагнозе истерического паралича или нервной тахикардии. Прошли также и те времена, когда случай считался выясненным, если удавалось доказать определенную конституцию. В настоящее время мы хотим кроме конституции изучить также и те психические связи, которые создали в данном случае найденные нами синдромы. Это — наша общая цель, как бы резко ни отличались наши школы друг от друга и как бы жестоко они ни враждовали друг с другом. При этом я лично при-

держиваюсь того еретического мнения, что ни одна из этих школ не нашла еще той сущности, которая была бы единственно правильной. Ни представления, связанные с осуществлением желания Штрюмпеля, ни жажда могущества индивидуальной психологии Адлера, ни сексуальный комплекс психоанализа неправильны в приложении ко всем нервным людям и ко всем нервным состояниям, и при всем моем восхищении очерком характерологии, созданной Клагесом, я не верю в то, что исходя из него можно сделать вывод о развитии всех психо-патологических феноменов. Но я об этом вовсе не сожалею. Было бы ужасно скучно анализировать нервных людей, если бы мы знали, что в конечном итоге мы всегда наткнемся на фаллический или на аналогичный школьный символ. Я надеюсь, что мне не будет поставлено в упрек, что я не говорю здесь более подробно о психоанализе, но я восстаю не столько против переоценки сексуальных мотивов, сколько против наивного притязания психоанализа об'яснять все и оставаться в то же время непогрешимым; отсюда — пренебрежение логикой; отсюда — постоянное смешивание того, что возможно, с тем, что доказано; отсюда—употребление неясных и расплывчатых понятий; и отсюда, наконец, та диалектика, которая в конечном итоге ссылается всегда на собственное, чисто суб'ективное чувствование.

Сексуальность далеко еще не является самой худшей из человеческих особенностей; и если ее

роль в жизни действительно была бы еще больше, чем это казалось всем нам, то мы могли бы спокойно удовлетвориться этим. Но то, против чего я восстаю, это — недостаток ясности, это — новая попытка заменить словами как наше знание, так и наше незнание; то, против чего я борюсь, это — подсознание — следовательно, миф.

Я и на этом остановлюсь недолго, так как я в другом месте подробно изложил свои взгляды на это. Я никогда не оспаривал существования бессознательного, как такового, и отлично знаю, что все психическое не только всегда возникает из этого бессознательного (которое мы, разумеется, мыслим имеющим физический субстрат), но и всегда погружается в него. Точно также я не отрицаю того, что душевные связи обычно не являются такими, какими их пытаются внушить себе и другим здоровые и больные люди. Но в подсознание (Unterseele), которое мыслит и чувствует, ненавидит и любит, желает и отталкивает и которое прежде всего сладострастно, в подсознание, которого мы не знаем, а знают только психоаналитики, и которое благодаря одному лишь факту своего существования делает безответственным высшее сознание (Oberbewusstsein)—в такое подсознание я, разумеется, не верю. А когда нам в конце-концов говорят еще, что все это запутанное, скрытное и эгоистическое, бессознательное бытие идентично с определенными мозговыми механизмами, и не только у здорового человека (в применении к которому это явилось бы тавтологией), но

и у паралитика, — тогда мое интеллектуальное недовольство становится так велико, что я начинаю бояться чего-то ужасного, а именно: что я сам стану предметом психоанализа.

Я приближаюсь к концу. Исчерпать всю тему представляется невозможным, и я тем более не могу этого сделать, что от понятия, о котором я хотел говорить, после моего доклада ничего не остается.

Психоневрозов давно уже не существует. Они растворились в нервных реакциях и конституциях, в психопатиях и функциональных психозах. Таким образом, мы в настоящее время, конечно, не создали бы этого термина, если бы он издавна не был введен в употребление. Но так как им уже пользуются, то я не осмеливаюсь настаивать на его уничтожении. Практически это не принесет никакой пользы. Слово „истерия" упразднялось чаще, чем слово „психоанализ", и тем не менее оно, вероятно, будет более долговечно, чем все мы вместе взятые. Обозначение „невроз" имеет еще значение постольку, поскольку в этих случаях часто неразрывно переплетаются физические и психические расстройства (мы хотим еще отметить лишь тот факт, что при маниакально-депрессивных психозах дело обстоит точно таким же образом).

Историческое развитие сделало в конце-концов из понятия, которое мыслилось первоначально чисто соматологически, психологическое по существу понятие. С моей точки зрения это—успех,

результаты которого начинают сказываться также и в практическом отношении. Как можно было бы разделаться с военными неврозами, исходя из точки зрения Оппенгейма? И как мы могли бы в настоящее время думать о том, чтобы путем изменения нашего социального законодательства сделать невозможным появление травматиков, если бы мы до того не разделались с травматическим неврозом? Но то, что относится к массовым явлениям, относится также и к отдельному случаю и к повседневной практике: всякая действенная терапия всех этих заболеваний предполагает прежде всего глубокое психологическое понимание.

Если мы, таким образом, оглядываемся с некоторым удовлетворением на историю учения о неврозах, то мы должны в заключение отметить тот факт (который говорит, быть может, в пользу этого учения), что именно это развитие привело к более тесной связи неврологии и психиатрии.

Проф. ПАУЛЬ ШИЛЬДЕР

Современное учение о неврозах

I. Подразделение неврозов

Мы различаем актуальные неврозы и психоневрозы. При актуальных неврозах на первый план выступает конфликт, существующий в настоящее время. При психоневрозах актуальный конфликт будит переживание юности, оживляет фиксационные пункты либидо; старый конфликт вновь оживает. В этих старых детских конфликтах сказывается также и конституция, особенно сексуальная конституция. Актуальными неврозами являются военные неврозы, травматические неврозы мирного времени, неврастения, ипохондрия, неврозы страха. Психоневрозами являются истерия и невроз навязчивости. Это — Фрейдовская классификация неврозов. Являются ли неврозы заболеваниями подобно заболеваниям другого рода? Некоторые авторы охотно отрицают это. Гохе, Бумке, Гауптманн предпочитают говорить о синдромах, о реакциях и подчеркивают невозможность резкого отграничения

неврозов друг от друга. В области функциональных неврозов не существует якобы строгих границ. Структурный анализ занимает место клинической систематики. Альфред Адлер отрицает особенности неврозов, исходя из других точек зрения. По его мнению, выбор невроза является исключительно произволом больного. Можно признать, что отграничение неврозов друг от друга не может быть проведено достаточно отчетливо и что существует множество переходных форм. Однако, подразделение на актуальные неврозы и психоневрозы, помимо своего теоретического значения, имеет и практическую ценость. Точно также и отдельные формы неврозов имеют свои несомненные характерные черты. Тот факт, что с помощью структурного анализа (Бирнбаум) мы можем увидеть многое в ином свете, следует считать признанным. Однако, не потеряло ли понятие „болезни" также и в соматической медицине свою прежнюю четкость с тех пор, как мы научились принимать во внимание конституцию и видеть в болезни не только вызывающий вредный момент, но и реакцию организма? Таким образом в общей медицине болезнь стала лишь особым случаем физиологического бытия, и переход от „болезни" к здоровью стал нерезким. Итак, мы придерживаемся Фрейдовского подразделения неврозов.

II. Психические причины неврозов

Тот факт, что психогения и невроз не идентичны, является в настоящее время достоянием всех тех, кто интересовался этой проблемой. Побледнение, покраснение, все то, что мы об'единяем под названием: физическое выражение душевных движений, не имеет ничего общего с неврозами. Апоплексия, наступающая после душевного потрясения, внезапное поседение после неожиданного испуга (ср. Кнауэр и Биллигеймер) отнюдь не являются неврозами. Бабинский, Герстманн говорят о физиопатических или физиогенных нарушениях и имеют при этом в виду эти непосредственные влияния психических потрясений. Бабинский также отделяет их с полным основанием от неврозов. Таким образом, понятие о неврозе не равнозначно понятию о влиянии психического на физическое, совершенно независимо от того, что целый ряд неврозов проявляется исключительно в психической сфере.

Конечно, непосредственное влияние аффекта, будь то чисто психическое или физическое, имеет отношение к неврозам. По крайней мере, оно часто встречается в момент начала невроза, говорим ли

мы о психической травме, об актуальном поводе или, по менее удачному выражению Кречмера, о рефлексе. Кречмер ясно формулировал, что этот актуальный повод приводит к неврозам, если к нему присоединяется нечто; он говорит о усилении рефлексов; лучше было бы говорить о психической обработке, о невротической форме поведения (Haltung). Без этого не бывает невроза. Таково единогласное мнение всех авторов. Относительно природы этого поведения мнения расходятся. Для Дюбуа невроз возникает из интеллектуального заблуждения. Большинство авторов выдвигает на первый план аффективные моменты. Для Бабинского, Фёрстера, а в некотором отношении также и для Пенитца существует целевая реакция, не так уж далеко отстоящая от сознательного хотения. Адлер больше всего поддерживал волевую теорию неврозов. Невроз является, по его мнению, хитростью, уловкой более слабого, который нуждается в оружии, так как он чувствует себя малоценным. Однако, нельзя отрицать того, что эти волевые реакции не имеют характера обычного хотения; волевые теории вынуждены признать, что относительно этого хотения имеет место самообман или что степень его осознания уменьшена. Те теории (и прежде всего психоанализ), которые подчеркивают момент влечения в невротической установке, говорят многократно о подсознательных и бессознательных[1]) побуждениях влечений. Вместе с тем эти

[1]) В смысле психоаналитического термина.

теории неврозов усматривают цель влечения не в выигрыше более или менее ощущительной выгоды; невроз более резко отделяется от симуляции. Согласно прежним работам Фрейда, причина актуальных неврозов лежит не в психическом конфликте; недостаточное сексуальное удовлетворение, как таковое, рождает проявление страха. Я считаю вероятным, что одно только подавление сексуальных побуждений, (следовательно, психический сексуальный конфликт) создает невроз страха.

Многие авторы под влиянием опыта войны считали механизм актуальных неврозов механизмом неврозов вообще и пришли к таким представлениям, которые весьма далеки от истинных процессов при неврозах, и даже столь заслуженная в остальном брошюра Кречмера об истерии игнорирует это глубокое отличие. Возможно, что в данном случае исследователей ввело в заблуждение общее понятие истерии. Согласно психоаналитическому воззрению, психоневроз начинается лишь тогда, когда под давлением существующего в настоящее время конфликта сызнова активируются детские сексуальные конфликты, или тогда, когда (согласно психоаналитической терминологии) происходит прорыв оттесненного либидо в инфатильном фиксационном пункте. Этот фиксационный пункт является по Фрейду определенным пунктом детского сексуального развития между третьим и пятым годом жизни, в котором определенное переживание проложило глубокие борозды, при чем это переживание

может быть обосновано, как таковое, соответственно предрасположению или же в связи с ситуацией. Для психоаналитика понятие о конституции имеет смысл лишь постольку, поскольку она проявляется в определенных инфантильных переживаниях. Из психоаналитических школ Юнг, а в некотором смысле также и Штекель придают актуальному поводу большое значение. Адлер также оценивает значение детских переживаний, в то время как клинически направленное рассмотрение неврозов полностью игнорирует инфантильный момент. Вместо этого оно вводит лишенное содержания понятие об истерической и навязчивой конституции, понятие, которое помимо своей теоретической никчемности является вредным в практическом отношении, поскольку оно парализует терапевтическое вмешательство.

Психоанализ склонен даже трактовать психопатию, как следствие инфантильных конфликтов (ср. В. Рейх).

III. Физические условия неврозов

Необходимо уяснить себе, что и психическое следует рассматривать как естественный фактор (Naturagens). Всякое психическое переживание обладает определенной ценностью влияния (Wirkungswert), которое может расссматриваться исключительно как физическое и которое проявляется не только в психических следствиях, но и в физических изменениях. Переживание зависит в смысле оказываемого им влияния от совокупности психического содержания, но вместе с тем и от физической констелляции и конституции. Несмотря на знание этих общих положений, то, что мы знаем о физической стороне психической травмы, нуждается еще в существенных дополнениях. Мы знаем кое-что об общей конституции, благоприятствующей возникновению невроза в результате психической травмы. Указание на особенности вегетативной нервной системы у невротиков является заслугой Эппингера и Хесса. Хотя понятие о ваготонии, об особом состоянии возбудимости вагуса и автономной нервной системы, не удержалось в своей первоначальной форме, однако все позднейшие исследования отмечают особенности вегетативной нервной системы у

невротика. Я ссылаюсь, например, на изложение Дрезеля[1]) в руководстве Крауса и Бругша и указываю на понятие о вегетативной стигматизации (Бергманн). Сосудисто-вегетативные нарушения наблюдались при неврозах неоднократно. Подробное изложение мы находим у П. Леви, который говорит даже о вегетативных припадках. При тесной связи, существующей между сосудисто-вегетативной нервной системой и эндокринной системой, не следует удивляться уклонениям также и в этой последней. Даттнер указывает на изменения в щитовидной железе, однако его указания относительно большой частоты температурных повышений при неврозах нуждаются еще в проверке. Определение обмена веществ в большом масштабе внесет, конечно, еще большую ясность в этот вопрос. Неправильно было бы вместе с Бумке требовать от неврологии и психиатрии, чтобы в течение тридцати лет не произносились слова: „внутренняя секреция“ и „аномалии обмена веществ“. Он игнорирует то обстоятельство, что мы располагаем уже в настоящее время целым рядом существенных фактов. Не следует, конечно, забывать о том, что многое считающееся стигмами нервозной конституции, является лишь результатом влияния психической травмы, как об этом свидетельствуют в особенности открытия Кнауэра и Биллигей-

---

[1]) Русск. перев. см. Дрезель. Заболевания вегетативной нервной системы. Изд. Мосздравотдела. Москва. 1926.

мера. Какое значение принадлежит психическим травмам, полученным в детстве, на физическое развитие и сосудисто-вегетативную систему, до настоящего времени еще не исследовано. Исследования Кречмера о строении тела дали до настоящего времени немного существенного для проблемы неврозов. Неврозы относятся в большинстве случаев к астенически-атлетически-шизотимным формам, однако из этого не вытекают никакие новые точки зрения. Неоднократно, особенно во врачебной литературе, касающейся детского возраста, невроз обозначался как условный рефлекс; не отрицая значения учения Павлова, я должен все же отметить, что эти т. наз. условные рефлексы являются сложными модусами поведения, которые нуждаются в об'яснении с помощью психологии человека. Они дают, как показал Лурия[1]), иллюстрации к вещам, которые известны нам из психоаналитического изучения неврозов, но сами они ничего не об'ясняют. Тот факт, что истерия заключает в себе нарушение жестикуляции, наводит К. и О. Фогтов на мысль искать патологическую анатомию истерии в неполноценности стриопаллидарной системы. Бумке и Гохе придерживаются, конечно, того мнения, что патологической анатомии истерии (а вместе с тем и неврозов вообще) не существует. Может быть, здесь уместно

---

[1]) Die moderne russische Physiologie und die Psychoanalyse. Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Bd. XII, H. I. 1926.

вспомнить, как скептически были встречены локализаторские стремления Клейста, касавшиеся локализации кататонических расстройств—волевых расстройств по Крепелину—до тех пор, пока эпидемия энцефалита не дала фактического материала, не оставившего никаких сомнений в том, что органическое поражение может вызвать изменения, нисколько не отличающиеся от функциональных. Однако об этом речь будет впереди.

IV. Психические механизмы и структура неврозов

Лишь Фрейд научил психиатрию рассматривать невротика как цельную личность и начал интересоваться его переживаниями[1]. Благодаря этому он сделал шаг, значение которого выходит далеко за пределы учения о неврозах. Даже Редлих признал эту заслугу Фрейда. Однако, помимо этой психологической стороны, психоанализ является методом естественно-научной психологии. Он открыл множество существенных механизмов, которые наряду с гуманитарным значением имеют и естественно-научное значение. Взгляд Ясперса, что психоанализ неправильно изображает открытые им понятные связи (в смысле Ясперса) как каузальные связи, должен быть отвергнут. Открытые психоанализом связи являются вместе с тем и каузальными связями; они оказывают свое влияние также и на тело и переходят в соматическую каузальность. Фрейд сам не оставляет никакого сомнения в том, что он рассматривает все изменения в либидинозном обиходе как физическое бытие и

---

[1]) Существенные указания мы встречаем уже у Жане.

что его понятие о влечении имеет в виду как физические элементы, так и психические. В учении об истерии Брейер делает уже попытку привести в связь результаты катартического метода с представлениями о мозговой энергии. Но возвратимся назад к изложению механизмов. В центре стоит учение о вытеснении. Неприятное, мучительное вытесняется из сознания с помощью акта внутреннего отклонения и получает именно вследствие этого болезнетворное влияние. Оно возвращается вновь в искаженной форме, претерпевая на этом пути передвигания и сгущения. Оно появляется в символической форме. Невротический симптом является возвращением вытесненного и дает удовлетворение, служащее заменой истинного. Вытесненное ведет назад к первично вытесненному, к сексуальным стремлениям юности, связанным с тенденцией к насилию, к ядру системы *Бсз* (бессознательного). Открытие системы *Бсз* является психологическим подвигом Фрейда. Независимо от качества „сознательности" система *Бсз* отличается целым рядом характерных черт. Фрейд приписывает ей: лабильность насыщеностей (Besetzungen), отсутствие противоречий, отсутствие учета времени и замену внешней реальности психической реальностью. Или шире говоря: побуждения влечений системы *Бсз* расположены друг подле друга и не противоречат друг другу. В этом смысле не существует никакого отрицания, никакого сомнения, никакой степени уверенности. Благодаря процессу передвигания

одно представление может передать весь запас насыщенности другому представлению, благодаря же процессу сгущения оно может принять на себя насыщенности, присущие другим представлениям. Эти процессы не подчинены хронологическому течению времени и не могут быть изменены течением времени. Этих основных вопросов системы *Бсз* научная критика вовсе не касалась или касалась лишь в недостаточной степени[1]). Эти проблемы выходят далеко за пределы вопроса о существовании психически-бессознательного. Хотя я сам и являюсь психоаналитиком, однако я не придерживаюсь того взгляда, что существует душевно-бессознательное; тем не менее я ищу элементы переживаний системы *Бсз* в переживаниях краевого поля сознания, известных нам из работ Кюльповской школы и прежде всего Бюлера. В остальном следует указать на

[1]) Чтобы охарактеризовать уровень этой критики, я привожу отрывок из реферата Бумке: „В подсознание (Unterseele), которое мыслит и чувствует, ненавидит и любит, желает и отталкивает и которое прежде всего сладострастно, в подсознание, которого мы не знаем, а знают только психоаналитики, и которое благодаря одному лишь факту своего существования делает безответственным высшее сознание (Oberbewusstsein) — в такое подсознание я, разумеется, не верю. А когда нам в конце-концов говорят еще, что все это запутанное, скрытное и эгоистическое, бессознательное бытие идентично с определенными мозговыми механизмами, и не только у здорового человека (в применении к которому это явилось бы тавтологией), но и у паралитика — тогда мое интеллектуальное недовольство становится так велико, что я начинаю бояться чего то ужасного, а именно: что я сам стану предметом психоанализа“.

то, что психоанализ предвосхитил целый ряд результатов психологии мышления (Denkpsychologie). Понятия о детерминирующих тенденциях, о латентных детерминированиях, регулирующих мыслительный процесс, о тенденциях, соответствующих воле и влечению, и понятие вытеснения находятся в ближайшем родстве.

В мышлении системы *Бсз* мы встречаем анархические особенности мышления (Фрейд, Юнг, Шторх, Быховский и мои работы). Самой поразительной чертой этого „прелогического“ мышления (Леви-Брюль) является отсутствие в нем элемента противоречия. Танцующий дикарь является одновременно самим собой и в то же время красным попугаем и т. д. Впрочем, данные психоанализа также кажутся иногда нелогичными. Однако, в противоположность всякой имманентной критике следует указать на то, что психоанализ является наукой о фактах. Вейцзекер неоднократно указывал на „антилогичность“ в чувственном восприятии. То же самое относится к психологической структуре. Я достаточно ясно подчеркнул, что в конечном итоге все эти вещи являются нелогичными лишь с точки зрения „школьной логики“ и отлично могут быть поняты с помощью созерцательной логики (schauende Logik) в смысле Гуссерля[1]).

[1]) В дискуссии по поводу психоанализа Бумке говорит: Расхождение начинается там, где логика (как говорит Шиль-

Для психоанализа структура психоневроза всегда является сложной. Актуальный повод оказывает свое действие в том смысле, что неудовлетворенное либидо получает обратный отток, вновь оживляет давно прошедшие детские переживания раннего сексуального развития (фиксационные пункты), с которыми личность должна теперь снова разделаться. Для Адлеровского учения о неврозах существенными являются чувства малоценности, которые возникли из раннего детского содержания психики и, являясь надстройкой над действительными и пережитыми органическими малоценностями, получают в неврозе сверх-компенсацию, если индивид не дорос до своей актуальной задачи.

дер — школьная логика) перестает служить для психоаналитиков руководящей линией. „Интуитивное познавание сущностей, которое Шильдер хочет поставить на место старой школьной логики, является ничем иным, как притязанием создать на основе своего собственного чувствования недоказанные и недоказуемые утверждения. Здесь для меня прекращается всякая научная дискуссия". Бумке полностью игнорировал здесь постановку проблемы, хотя он неоднократно цитирует Гуссерля.



V. Об'ем невротического и физическая сторона невротического механизма.

Известно, что невротические явления особенно легко фиксируются на заболевших органах: соматическая готовность (Фрейд). Петцль показал, что из физически заболевшего органа исходят неприятные ощущения, которые определяют локализацию невротического проявления. Гораздо более важен вопрос, поскольку органические симптомы вызываются невротическими установками. В сборнике, вышедшем под редакцией О. Шварца[1]), дано подробное изложение фактического материала. Влияние невротических механизмов на возникновение целого ряда внутренних заболеваний очевидно больше, чем это до сих пор предполагалось. Отдельные психоаналитики зашли в этом вопросе слишком далеко. Гроддек видит в каждом органическом заболевании выражение психических механизмов. Дейч указывает на психическое возникновение Базедовой болезни и отмечает (подобно Графе и Мейеру) большое влияние аффектов на обмен веществ. Таким образом, границы между

[1]) Psychogenese von Organsymptomen, Springer 1925.

неврозом органа и внутренним заболеванием становятся весьма колеблющимися. Однако, нужно собрать еще много фактического материала, прежде чем можно будет сказать что-либо определенное по этому вопросу. Вейцзекер говорит об идентичности по существу физического выражения душевного конфликта и расстройств координации и корреляции между нарушениями физической функции и нарушениями органа.

С другой стороны, невротический механизм сам по себе должен быть доступен для физического рассмотрения. Лурия показывает, что результаты Павловских исследований об условных рефлексах являются иллюстрациями к закономерностям, открытым аналитическим путем. Благодаря „столкновению" условных рефлексов в одном случае возникла даже экзема. С другой стороны, опыт эпидемического энцефалита опять-таки показал мне, что органическое поражение мозга вызывает симптомы, в большой мере соответствующие невротическим расстройствам (Герстманн и я неоднократно указывали на это).

Я пытался показать, что закономерности органических расстройств побуждения являются в очень большой степени идентичными с теми законами, которые были установлены психоанализом при изучении невротической психики по отношению к „либидо".

Хорошим примером того, как нужно представлять себе взаимозависимость между физическими

и психическими факторами, является то обстоятельство, что инэкватная сексуальность шизофреников, которая была установлена в особенности психоанализом, находит по Кречмеру свое физическое выражение в частоте диспластичечкого типа.

VI. Терапия

Со времени Фрейда признано, что между врачем вообще и психотерапевтом в особенности, с одной стороны, и между пациентом, с другой стороны, существует особое аффективное отношение: перенесение. Психоанализ дает возможность методического разрушения перенесения. Он использует сознательно и систематически то средство, которое лежит в основе всякого психического воздействия. В случае правильно проведенного анализа личность врача, как таковая, меньше выступает на первый план. Перенесение устанавливается в широких пределах независимо от личности врача. Психоанализ освещает все переживания пациента и заново формирует его характер; не остается без анализа также и перенесение, и вследствие этого психоанализ простирается глубже, чем все те виды терапии, которые работают с помощью перенесения, не анализируя его. Только Адлеровская терапия может считаться рациональной наряду с психоаналитической (на втором месте!). Также и в данном случае делается попытка заново сформировать характер пациента. Гипноз является исключительно техническим вспомогательным средством. Каждая

психотерапия, даже если она проводится бегло и несистематически, должна базироваться на попытке понять личность больного и стараться увидеть в невротическом конфликте проблему человека в целом. Можно разрешить невротический конфликт, идя путем разумного рассуждения (убеждение — Дюбуа) (хотя и при этом лечении сущность заключается в моментах аффективного порядка) или путем внушения и гипноза, сознательно используя аффективные установки. Методом Куэ можно пользоваться как техническим вспомогательным средством. Будучи грубым и мало пригодным для всяких вариаций методом, он окажется несостоятельным в отношении ко всем более тяжелым конфликтам. Равным образом он ничего не может дать более культурному лицу, требующему в конечном итоге такого лечения, которое отвечало бы его запросам. В данном случае уместна будет психоаналитически направленная беседа (подкрепленная гипнозом), а в более тяжелых случаях — психоанализ.

ОГЛАВЛЕНИЕ